



RISULTATI

Dei complessivi 807 pazienti (24,4% maschi e con un'età media al momento della lesione di 78 anni), l'85,6% ha ricevuto trattamenti chirurgici, mentre il restante 14,4% non li ha ricevuti (inclusi i pazienti che li hanno rifiutati). Complessivamente i tassi di mortalità dei pazienti sono stati rispettivamente del 16,6% (ad un anno) e del 39,4% (a due anni). Nei pazienti sottoposti a trattamento chirurgico (691), il tasso di mortalità ad un anno è stato del 12% e a due anni del 35,7%. Tra coloro che hanno ricevuto trattamenti non chirurgici, i tassi sono risultati decisamente più elevati (44 e 61,2%, rispettivamente). Pertanto il gruppo chirurgico presenta un tasso di mortalità significativamente più basso ($p = 0,001$).

Per quanto concerne i fattori che possono influenzare i tassi di mortalità, le analisi permettono di affermare che il sesso (maschi), l'età più avanzata (oltre 85 anni) e i trattamenti non chirurgici portano ad una mortalità significativamente più elevata.

Inoltre, indipendentemente dai trattamenti ricevuti, è stato osservato un tasso di mortalità significativamente più alto nei pazienti con malattie cardiache, malattie renali croniche, demenza e cancro, o nei pazienti con 3 o più comorbidità. L'analisi di sopravvivenza di Kaplan-Meier ha mostrato che il tasso di sopravvivenza a 5 anni del gruppo chirurgico era del 60,8% a fronte del 31,3% di quello non chirurgico.

Infine, non è stata rilevata alcuna differenza significativa (a uno o due anni) tra i tipi di frattura e il tempo trascorso dalla lesione all'intervento chirurgico.

CONCLUSIONI

Nei pazienti anziani con fratture dell'anca, i trattamenti chirurgici possono ridurre il tasso di mortalità rispetto ai trattamenti non chirurgici. Inoltre, i pazienti che presentano tre o più comorbidità (malattie cardiache, insufficienza renale cronica, demenza e storia di cancro) sono associati a un rischio più elevato di mortalità. Il presente lavoro non è esente da limitazioni. Innanzitutto, lo studio non è in grado di determinare le relazioni dirette tra la frattura dell'anca e la causa della morte; in secondo luogo, il numero troppo esiguo dei pazienti nel gruppo non chirurgico non ha permesso un'accurata analisi comparativa; infine, lo studio non è stato condotto in cieco e i pazienti non sono stati assegnati in modo casuale.

Letizia Orzella

Agenas, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

L'utilizzo delle reti sociali per promuovere comportamenti che influenzano la salute: una revisione sistematica

Hunter RF, de la Haye K, Murray JM et al

Social network interventions for health behaviours and outcomes: a systematic review and meta-analysis

PLoS Med 2019; 16(9): e1002890

INTRODUZIONE

Le reti sociali rappresentate da familiari, amici, vicini di casa, colleghi di lavoro e conoscenti hanno un impatto importante sulla salute dell'individuo che ne fa parte, sulle sue abitudini nel campo della salute e sulla capacità di modificarle.

Gli interventi di educazione alla salute che utilizzano queste reti mirano ad operare un cambiamento nelle stesse per generare, accelerare o mantenere comportamenti salutari e i conseguenti esiti di salute positivi ad essi collegati. D'altra parte più spesso le azioni di educazione e informazione si concentrano sul cambiamento dei comportamenti e delle opinioni del singolo individuo, senza cercare di agire anche sull'ambiente sociale e sul sistema di relazioni in cui l'individuo è inserito.

I primi studi in questo campo risalgono agli anni Trenta del Novecento, ma più recentemente un'importante base teorica all'uso delle reti sociali nell'educazione alla salute è stata realizzata da Valente, che ha elaborato una tassonomia dei diversi approcci in questo ambito.¹

Un primo approccio consiste nell'individuare, all'interno dei contesti sociali ai quali l'intervento è dedicato, specifici soggetti da coinvolgere per primi poiché, per i ruoli ricoperti, possono essere volano di diffusione di informazioni o sostegno nel cambiamento.² Vi è poi una modalità che passa per il coinvolgimento di specifici gruppi di persone, nota come 'segmentazione', e quella che incoraggia o migliora l'interazione tra pari per diffondere a cascata informazioni ed effetti ad altri membri della rete, nota come 'induzione'.^{3,4} Infine, la quarta tipologia punta a cambiare direttamente la rete (approccio noto come 'alterazione').⁵

Obiettivo della revisione sistematica svolta dal gruppo di ricercatori angloamericani guidato da Hunter è capire se in letteratura vi siano evidenze riguardo agli interventi che agiscono sulle reti sociali per modificare i comportamenti dell'individuo e cosa indichino rispetto all'efficacia dei vari modelli di educazione alla salute che, con paradigmi di riferimento diversi, fanno leva appunto sulle reti di relazione in cui i soggetti sono inseriti.

METODI

Gli autori hanno svolto una revisione sistematica ricercando articoli a partire dal 1990 fino a metà del 2019 su Medline, Embase, Web of Knowledge, Scopus, Psycinfo, Education Resources Information Center (ERIC), International Bibliography of the Social Sciences, Sociological Abstracts Trial, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Portal e ClinicalTrials.gov.



Sono stati inclusi trial randomizzati e controllati e studi con un gruppo di controllo (anche prima/dopo) o raccolte dati prima e dopo l'intervento volti a confrontare un intervento su reti sociali con un comparatore. Sono stati inclusi studi con popolazione di ogni fascia di età e senza considerazione dello stato di salute e con outcome primario rappresentato dal cambiamento nel comportamento, valutato con misurazione oggettiva o autovalutazione (per esempio, cambiamento nell'attività fisica svolta) o cambiamento di salute o suo surrogato.

RISULTATI

Il gruppo di ricercatori ha identificato 26.503 record. Di questi, solo 235 sono stati ritenuti rilevanti per la lettura del testo completo. Centonovantasette sono stati poi esclusi perché non riguardavano interventi tramite reti e/o non presentavano misurazione dei comportamenti e/o non avevano il disegno di studio adeguato e/o non erano in inglese e/o non erano disponibili i testi completi. Sono stati dunque inclusi per l'estrazione dati 38 articoli riferibili a 37 studi diversi.

L'età media di tutti i partecipanti agli studi inclusi è stata di 32,4 anni (SD 12,7) e la percentuale di donne è stata del 45,5% (numero totale: 24.679). La maggior parte delle ricerche individuate ha riguardato il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), con i correlati comportamenti di prevenzione, e l'uso di droghe con i rischi collegati (per esempio, aghi condivisi). Gli studi sono stati svolti principalmente in paesi ad alto reddito (come gli Stati Uniti e il Regno Unito); solo 6 studi hanno coinvolto paesi a basso e medio reddito (come l'Honduras, il Bangladesh, le Filippine, la Thailandia e l'Ucraina). La maggior parte degli studi ha coinvolto prevalentemente popolazioni appartenenti a minoranze etniche o uomini che hanno rapporti sessuali con uomini o appartenenti a comunità svantaggiate. Gli studi in genere hanno avuto un esclusivo o prominente focus su un approccio di intervento di rete tra i quattro individuati dalla tipizzazione effettuata da Valente et al.¹ Le prove di efficacia più forti hanno riguardato gli interventi di promozione della salute sessuale basati, appunto, sull'utilizzo delle reti sociali e gli interventi di prevenzione rispetto all'abuso di droga. In particola-

re, sottolineano Hunter e colleghi, gli interventi di educazione alla salute che fanno leva sulle reti sociali e che sono stati selezionati ed analizzati dagli autori nella loro revisione sistematica, hanno avuto successo nel raggiungere, mantenere o cambiare il comportamento delle cosiddette "popolazioni nascoste", cioè quelle difficili da raggiungere e/o a rischio (soggetti che si iniettano droghe, popolazioni a basso reddito o minoranze di vario genere).

CONCLUSIONI

La revisione sistematica condotta da Hunter e colleghi ci suggerisce che gli interventi che utilizzano le reti sociali per cambiare i comportamenti legati alla salute sono associati a esiti di salute positivi e risultano efficaci. Coloro che mettono a punto interventi educativi per migliorare le abitudini dovrebbero utilizzare maggiormente le reti sociali nelle loro popolazioni di riferimento, così da massimizzare l'efficacia delle azioni intraprese. La comunità scientifica dovrebbe inoltre svolgere più studi e ricerche per testare l'efficacia dei vari modelli di intervento sulle reti sociali, poiché gli studi disponibili mostrano prove convincenti e forti soprattutto sulla salute sessuale sia nel breve che nel lungo periodo.

Alessandra Lo Scalzo

Area Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo

Agenas, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

BIBLIOGRAFIA

1. Valente TW. Network interventions. *Science* 2012; 337: 49-53.
2. Campbell R, Starkey F, Holliday J, Audrey S, Bloor M, Parry-Langdon N, et al. An informal schoolbased peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *Lancet* 2008; 371: 1595-1602.
3. Buller DB, Morrill C, Taren D, Aickin M, Sennott-Miller L, Buller MK, et al. Randomized trial testing the effect of peer education at increasing fruit and vegetable intake. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 1491-1500.
4. Hoffman IF, Latkin CA, Kukhareva PV, Malov SV, Batluk JV, Shaboltas AV, et al. A peer-educator network HIV prevention intervention among injection drug users: results of a randomized controlled trial in St. Petersburg, Russia. *AIDS Behav* 2013; 17: 2510-2520.
5. Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E, Petry N. Changing network support for drinking: initial findings from the network support project. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75: 542-555.